

ព័ត៌មានរបស់អ្នកជំងឺ Patient's Information			
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ Patient's name		ភេទ Sex	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត Date of Birth		អាយុ Age	
លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ID no.		មុខរបរ Occupation	
អាសយដ្ឋាន Address			
<p>អ្នកជំងឺខាងលើគឺត្រូវបានធានាជាមួយក្រុមហ៊ុន ហើយបែបបទទាមទារសំណងត្រូវបានបញ្ជូនមកក្រុមហ៊ុន មេនុឡាយហ្វ័រ (ខេមបូឌា) ភី អិល ស៊ី របស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីអោយយើងខ្ញុំមានភាពងាយស្រួលក្នុងការដោះស្រាយសំណងដោយឆាប់រហ័ស និងដោយតម្លាភាព យើងខ្ញុំសូមផ្ញើអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅចំពោះកិច្ចសហការរបស់លោកអ្នកក្នុងការបំពេញនៃទម្រង់បែបបទនេះ។ The above name is insured with us and the claim has been submitted to Manulife (Cambodia) Plc by the family. To enable us to assess the claim smoothly and accuracy, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.</p>			
ព័ត៌មាននៃការព្យាបាល Treatment's Information			
ប្រវត្តិអ្នកជំងឺ Patient history			
អ្នកជំងឺក្តីញ្ជូន Chief complaints			
សញ្ញា Sign	សញ្ញាសំខាន់ Vital sign	ដីតចរ P: /min	កំដៅ T: c
	សញ្ញាវិជ្ជមានដោយការពិនិត្យរាងកាយ Positive sign by physical examination	សម្ពាធឈាម Bp: mmHg	
កាលបរិច្ឆេទចូលសម្រាកពេទ្យ Date of hospitalization	ថ្ងៃចូល Admitted on		ម៉ោង at ព្រឹក/ល្ងាច am/pm
	ចូលសម្រាកដោយ Admitted as	<input type="checkbox"/> ការសម្រាកក្នុងពេទ្យ In-patient <input type="checkbox"/> យកថ្នាំលេប Out-patient	
	ថ្ងៃចេញ Discharged on		ម៉ោង at ព្រឹក/ល្ងាច am/pm
ការចូលសម្រាកពេទ្យត្រូវបានណែនាំដោយ Hospitalization was commended by			
រៀបរាប់លម្អិតអំពីរោគវិនិច្ឆ័យ Full description of diagnosis	រោគវិនិច្ឆ័យចម្បង Principle diagnosis		
	រោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងទៀត Other diagnosis		
អាការៈជំងឺដែលតម្រូវឲ្យព្យាបាល Condition required treatment			
មូលហេតុចម្រង Underling cause(s)			
តើអាការៈជំងឺនេះមានតាំងពីពេលណាមក? How long has condition been existing?			
តើរោគសញ្ញាចាប់មានលើអ្នកជំងឺដំបូងគេ នៅពេលណា? When were symptoms first apparent to the patient?			
កាលបរិច្ឆេទនៃការចូលពិគ្រោះជំងឺជាមួយគ្រូពេទ្យលើកដំបូង ចំពោះអាការៈនេះ Date of first consultation with any medical practitioner for this condition	កាលបរិច្ឆេទ ___/___/___ (dd/mm/yyyy)		
តើលោកអ្នកជាគ្រូពេទ្យប្រចាំរបស់អ្នកជំងឺមែនដែរឬទេ? Are you the patient's usual medical doctor?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes <input type="checkbox"/> ទេ No		

ប្រសិនបើ មែន សូមប្រាប់ពីកំណត់ត្រាដែលបានរក្សាទុក If yes, over what period do your records extend to	ថ្ងៃខែដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាល Start date ___/___/___ (dd/mm/yyyy)	
	ថ្ងៃខែដែលបញ្ចប់ End date ___/___/___ (dd/mm/yyyy)	
តើនៅពេលណាដែលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកជាលើកដំបូង? When did the patient first consult you?	កាលបរិច្ឆេទ ___/___/___ (dd/mm/yyyy)	
សូមប្រាប់ពីអាការៈដែលបានកើត និងចាប់ផ្តើមនៅពេលណា Please state symptoms presented and date symptoms first appeared?	អាការៈដែលមកពិគ្រោះមុនដំបូង Symptoms presented at first consultation	
	កាលបរិច្ឆេទដែលអាការៈបានចាប់ផ្តើម Date of symptoms first started	
តាមយោបល់របស់លោក តើអាការៈរបស់អ្នកជំងឺអាចកើតឡើងចាប់តាំងពីពេលណា? សូមបង្ហាញពីមូលហេតុ In your opinion what were the likely durations of the patient's symptoms? Please provide reasons.		
តើអ្នកជំងឺធ្លាប់បានពិគ្រោះជំងឺជាមួយគ្រូពេទ្យផ្សេងទៀតដែរឬទេ? Did the patient consult any other doctors for these symptoms before he/she consulted you?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes <input type="checkbox"/> ទេ No	
បើសិនជា មែន សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត If yes please details	ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ Name of Doctor	
	ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ និង អាសយដ្ឋាន Name of Clinic/Hospital and Address	
តើអ្នកជំងឺត្រូវបានគេបញ្ជូនឱ្យអ្នកឬទេ? Was the patient referred to you?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes <input type="checkbox"/> ទេ No	
បើ "មែន" សូមផ្តល់លម្អិត៖ If "Yes", please provide:	កាលបរិច្ឆេទបញ្ជូនមកព្យាបាល Date referred	
	ហេតុផលដែលអ្នកជំងឺត្រូវបានបញ្ជូនមកព្យាបាល Reason the patient was referred	
ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានគ្រូពេទ្យណែនាំឱ្យបញ្ជូនមកព្យាបាល Name and address of doctor recommending the referral		
តើនៅពេលណាដែលអាការៈចេញលើកដំបូង? When was the symptom first arising?	កាលបរិច្ឆេទ ___/___/___ (dd/mm/yyyy)	
ការព្យាបាល ឬដំណាក់កាល Therapy/Procedure		
កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកជំងឺត្រូវបានគេប្រាប់ពីរោគវិនិច្ឆ័យខាងលើ Date of the patient was made known about diagnose	កាលបរិច្ឆេទ ___/___/___ (dd/mm/yyyy)	
បើតាមការពិនិត្យនិងយល់ឃើញរបស់អ្នក, តើមានជំងឺពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗទៀតអ្វីខ្លះ ដែលទាក់ទងនឹងជំងឺ របស់អ្នកជំងឺ? In your opinion, what are the underlying diseases of the patient? ជំងឺពាក់ព័ន្ធត្រូវបានដឹងនៅពេលណា The underlying disease was first known on	កាលបរិច្ឆេទ ___/___/___ (dd/mm/yyyy)	
សូមផ្តល់ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ និងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យឬគ្លីនិក ដែលអោយវិនិច្ឆ័យត្រូវបានរកឃើញដំបូង Please provide the name and address of doctor and clinic/hospital where the diagnosis was first made	ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ Name of Doctor	
	ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ និង អាសយដ្ឋាន Name of Clinic/Hospital and Address	
តើអាការៈជំងឺនេះបណ្តាលមកពី Is the condition due to	១) ភាពខុសប្រក្រតីពីកំណើត Congenital anomaly	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes <input type="checkbox"/> ទេ No
	២) ភាពមិនធម្មតានៃផ្លូវចិត្ត ឬសរសៃប្រសាទ Nervous mental disorder	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes <input type="checkbox"/> ទេ No
	៣) ការព្យាបាលធ្មេញ ឬសម្ព័ន្ធរបស់វា Treatment of teeth or gum tissue	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes <input type="checkbox"/> ទេ No
	៤) ការធ្វើខ្លួនរបួសខ្លួនឯង ឬការញៀនថ្នាំ Self-inflicted injury/drug addiction	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes <input type="checkbox"/> ទេ No

	៥) របួសដែលទាក់ទងនឹងការងារ Job-related injury	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes <input type="checkbox"/> ទេ No
	៦) ជំងឺតាមរោគ Sexually transmitted disease	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes <input type="checkbox"/> ទេ No
ការព្យាបាលពាក់ព័ន្ធនឹង Is the treatment related to	១) ការថប់ដង្ហើម Sleep Apnea	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes <input type="checkbox"/> ទេ No
	២) ជំងឺឆាត់ Obesity	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes <input type="checkbox"/> ទេ No
	៣) ការសម្រកទម្ងន់ ឬតម្លើងទម្ងន់ Weight reduction/improvement	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes <input type="checkbox"/> ទេ No
	៤) អសមត្ថភាពផ្លូវភេទ ឬភាពអារ Infertility/subfertility/condition	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes <input type="checkbox"/> ទេ No
តើនេះជា Is this	១) ការវះកាត់កែសម្ផស្ស? A cosmetic surgery?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes <input type="checkbox"/> ទេ No បើសិនជា "ទេ" សូមពន្យល់ If "No" please explain
	២) ការវះកាត់បរិវេណមាត់? An oral surgery?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes <input type="checkbox"/> ទេ No
	៣) ការព្យាបាល ឬវះកាត់ធ្មេញ? A dental surgery/treatment	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes <input type="checkbox"/> ទេ No

ព័ត៌មាននៃការសម្រាកពេទ្យ និងការព្យាបាល Hospitalization and Treatment's information

**ក) ការសម្រាកពេទ្យ
Inpatient**

កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យ Date of Consultation	រោគសញ្ញា Symptoms	រោគវិនិច្ឆ័យ Diagnose	ការព្យាបាល Therapy

**ខ) សូមបរិយាយលម្អិតអំពីប្រវត្តិជំងឺរបស់អ្នកជំងឺខាងលើ ដែលធ្លាប់ព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យនេះ
Kindly let us have the detail of this patient's medical history at this hospital**

កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យ Date of Consultation	រោគសញ្ញា Symptoms	រោគវិនិច្ឆ័យ Diagnose	ការព្យាបាល Therapy

--	--	--	--

គ) ការពិនិត្យដោយឧបករណ៍ដែលធ្វើឡើងក្នុងពេលព្យាបាល ឬសម្រាកព្យាបាល

Examination undertaken during hospitalization/treatment

ការពិនិត្យដោយឧបករណ៍ Examination	ការអនុវត្ត Performing	កាលបរិច្ឆេទអនុវត្ត Date of performing (dd/mm/yyyy)	លទ្ធផលនៃការពិនិត្យ Examination Resulted
១) ថតកាំរស្មី អ៊ិច X-ray	<input type="checkbox"/> មាន Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន No		
២) តេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ Lab test	<input type="checkbox"/> មាន Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន No		
៣) តេស្តឈាម Blood test	<input type="checkbox"/> មាន Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន No		
៤) ថតអេកូ Echography	<input type="checkbox"/> មាន Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន No		
៥) CT ស្កេន ឬ MRI ស្កេន CT Scan/MRI Scan	<input type="checkbox"/> មាន Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន No		

* សូមភ្ជាប់នូវរបាយការណ៍ថតចម្លងរបស់គ្រូពេទ្យ ឬមន្ទីរពេទ្យជាមួយលទ្ធផលវេជ្ជសាស្ត្រ ឬភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីពិការភាពរបស់អ្នកជំងឺ
Please enclose copies of specialist or hospital reports together with any tests or similar evidence to the validity of the patient's disability.

ព័ត៌មានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានព្យាបាល Physician's Information

វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានព្យាបាល Name of physician លេខទូរស័ព្ទ Contact no
 អាសយដ្ឋាន Address អ៊ីមែល Email.....
 ខ្ញុំសូមប្រកាសថាចម្លើយដែលបានឆ្លើយទាំងអស់ក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ គឺជាការពិតប្រាកដតាមការយល់ដឹង និងជឿជាក់ដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់របស់ខ្ញុំ។
 I hereby declare that all the answers are each and all true to the best of my knowledge and belief.

ត្រាមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក Hospital or clinic Stamp

ហត្ថលេខារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត Physician's Signature
 កាលបរិច្ឆេទ Date (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងឯកសារពេទ្យរបស់អ្នកជំងឺខាងលើ ប្រសិនបើមិនមានចន្លោះបំពេញគ្រប់គ្រាន់
 Please enclose copy of this patient's medical report, if the column is not enough.